Bulletin d'actualité

88-6F

# LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA

JOAN VANCE
DIVISION DES AFFAIRES POLITIQUES ET SOCIALES

Le 8 AVRIL 1988
*Révisé le 14 septembre 1989*

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

90-05728/

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1990

N° de cat. YM32-1/88-6-1989-09F

ISBN 0-660-92924-4

N.B. Dans ce bulletin, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractères gras** .

**THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH**

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

# LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA

## DÉFINITION DU SUJET

Tout ce qui se rapporte à l'état de santé des Canadiens relève à la fois des gouvernements fédéral et provinciaux. La politique en matière de santé comporte deux volets: d'une part, les soins actifs, axés sur la maladie et les soins préventifs et, d'autre part, la promotion de la santé. L'amélioration de l'état de santé des Canadiens observée dans le passé a surtout été attribuée à des mesures de la première catégorie. Certaines tendances démographiques nous permettent cependant de croire que des initiatives de la deuxième catégorie pourraient aider les Canadiens à améliorer encore leur santé.

## CONTEXTE ET ANALYSE

### A. La responsabilité du gouvernement dans le domaine de la santé

À l'époque de la Confédération, le gouvernement s'occupait très peu de la santé de la population. Chacun comptait sur ses propres ressources et celles de sa famille; les hôpitaux étaient administrés et financés par des oeuvres de charité privées et des organismes religieux. Dans la Loi constitutionnelle de 1867, les seules mentions explicites de questions relatives à la santé accordent au gouvernement fédéral la compétence en ce qui concerne les hôpitaux de marine et la quarantaine et font relever des provinces les hôpitaux, les asiles et les institutions et hospices de charité. Comme toutes les questions de caractère local ou privé étaient confiées aux provinces, lorsque les gouvernements se sont engagés de plus en plus dans le domaine de la santé, on a considéré que les

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



services de santé relevaient surtout des gouvernements provinciaux. La contribution du gouvernement fédéral dans ce domaine a résulté en grande partie des pouvoirs de dépenser que la Constitution lui confère.

Le ministère fédéral auquel les questions relatives à la santé incombent au premier chef est Santé et Bien-être social Canada, dont l'objectif est de préserver et d'améliorer la santé des Canadiens de concert avec d'autres organismes fédéraux, les gouvernements provinciaux et les municipalités. Comme le prévoit la loi, le gouvernement fédéral contribue financièrement aux régimes provinciaux d'assurance-maladie qui offrent les soins hospitaliers, les soins diagnostiques, les soins médicaux et les soins de longue durée (soins actifs). Cela l'amène à s'assurer que les régimes provinciaux respectent les critères de base dont ses paiement dépendent. Le gouvernement fédéral s'occupe aussi d'un large éventail d'activités conçues pour protéger la santé des Canadiens, notamment assurer la sûreté et la valeur nutritive des aliments, assurer l'innocuité et l'efficacité des médicaments et des appareils médicaux, ainsi que surveiller et contrôler les facteurs de risque pour la santé présents dans l'environnement, tels que la fumée du tabac, les produits chimiques dangereux, la radioactivité et les maladies (médecine préventive). **Le Centre fédéral sur le SIDA, pour sa part, effectue des recherches en vue de trouver des moyens de prévenir et de contrôler l'infection par le VIH.**

Sous le rapport de la promotion de la santé, le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et les organismes non gouvernementaux, met au point et applique des programmes de sensibilisation et d'information sur la santé dans des domaines comme l'alimentation, l'alcoolisme et les toxicomanies, le tabagisme, les soins aux enfants ainsi que l'hygiène familiale et personnelle. En outre, il a une responsabilité toute spéciale à l'égard de la santé des autochtones, de la population du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, des immigrants et de ses fonctionnaires, qu'ils travaillent au Canada ou à l'étranger. Il appuie aussi la recherche scientifique et les activités connexes et assurer la formation et le perfectionnement des chercheurs du domaine de la santé. Enfin, il fait la promotion de la bonne condition physique et encourage les Canadiens à faire de l'exercice dans le cadre du Programme de la condition physique et du sport amateur de Santé et Bien-être social Canada.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



La structure officielle créée pour faciliter la coopération fédérale-provinciale dans le domaine de la santé consiste en deux conférences périodiques: la Conférence des ministres de la Santé et la Conférence des sous-ministres de la Santé. D'autres organismes s'occupent également d'aspects particuliers de la santé, notamment les comités consultatifs fédéraux-provinciaux en matière de services en établissement et de services médicaux, de santé communautaire, de ressources humaines du secteur de la santé, de santé mentale, d'affaires internationales relatives à la santé, ainsi que d'hygiène du milieu et de santé au travail.

## B. Le financement des services de santé au Canada

Outre le pouvoir de légiférer dans certains domaines, la Loi constitutionnelle de 1867 confère au gouvernement fédéral celui de dépenser comme il l'entend des sommes provenant du fonds du revenu consolidé à condition que les lois autorisant ces dépenses n'empiètent pas sur les champs de compétence provinciale. Grâce à ce pouvoir, le gouvernement fédéral peut faire des paiements aux provinces et aux particuliers dans le domaine de la santé, notamment pour le financement de programmes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, de programmes de subventions et de ressources en matière de santé et de subventions à la condition physique et au sport amateur. Il peut aussi assurer des services de consultation et d'information et réaliser des programmes de recherche.

Au Canada, l'assurance-santé est assurée par des régimes provinciaux et territoriaux complémentaires d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. Pour bénéficier de l'appui financier du gouvernement fédéral, ces régimes doivent répondre aux critères de base suivants: 1) l'universalité; 2) l'intégralité de la protection; 3) l'accessibilité raisonnable des services; 4) la transférabilité des prestations; et 5) l'administration des services par un organisme public sans but lucratif. Ces critères ont pour but d'assurer à tous les Canadiens l'accès à un régime contributif de soins médicaux et hospitaliers.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



L'établissement du régime national d'assurance-santé s'est fait en deux étapes: d'abord par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957, puis par la Loi sur les soins médicaux de 1966. Ces deux lois prévoyaient que la contribution financière fédérale représenterait la moitié des coûts des régimes provinciaux, ce qui a causé des problèmes aux gouvernements des deux niveaux. Le gouvernement fédéral craignait les effets du caractère non limitatif de cette formule de partage des frais, tandis que les provinces se plaignaient de son manque de souplesse sous le rapport de l'affectation des ressources. La Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, adoptée en 1977, a mis en place un nouveau mécanisme de financement global. Dans ces arrangements sur le financement des programmes établis, les paiements fédéraux sont calculés indépendamment des dépenses provinciales; les provinces doivent dépenser la contribution fédérale dans le domaine de la santé mais ne sont pas tenues d'engager des dépenses correspondantes. À la fin de 1978 et en 1979, après qu'eut pris fin le programme de contrôle des prix et des salaires, on a observé une forte augmentation du nombre de médecins pratiquant la surfacturation ainsi qu'un accroissement du militantisme au sein du personnel infirmier et des autres groupes syndiqués des hôpitaux; de plus, après l'adoption des mécanismes de financement des programmes établis, les provinces ont été accusées d'utiliser les contributions fédérales au titre de la santé afin de financer des programmes dans d'autres domaines. Le gouvernement fédéral a créé une commission d'enquête (Examen des services de santé 79) chargée d'étudier ces questions. Dans son rapport, cette commission a conclu que les provinces ne détournaient pas les contributions fédérales au titre de la santé pour les utiliser à d'autres fins, mais que la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs détruiraient sans doute le programme en créant, par une tendance rétrograde, un système double incompatible avec le type de société que les Canadiens se sont donné. La commission a aussi recommandé l'arbitrage exécutoire afin de résoudre le problème de la négociation des honoraires entre gouvernement et médecins.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



En 1980, un groupe de travail de la Chambre des communes a été formé afin d'étudier les relations financières entre le gouvernement fédéral et les provinces, y compris l'incidence du financement des programmes établis, et d'examiner si une proportion suffisante des ressources nationales servait à répondre aux besoins essentiels en matière de soins de santé. Dans son rapport intitulé Le fédéralisme fiscal au Canada, ce groupe de travail en est venu à la conclusion que les fonds que le gouvernement fédéral consacrait aux services de santé étaient dans l'ensemble suffisants, mais que les crédits pouvaient être augmentés dans certains secteurs précis comme celui de la médecine préventive. Il a repris les recommandations de l'Examen des services de santé concernant la surfacturation et les frais modérateurs et il est même allé un peu plus loin en recommandant l'imposition de pénalités financières aux provinces qui toléraient ces pratiques. L'Examen des services de santé et le groupe de travail de la Chambre des communes ont ainsi ouvert la voie à la Loi canadienne sur la santé.

En 1984, les deux lois antérieures sur l'assurance-santé ont été refondues pour former la Loi canadienne sur la santé, qui maintenait les conditions d'admissibilité à l'aide financière fédérale et prévoyait des pénalités financières à l'égard des provinces autorisant la surfacturation et les frais modérateurs pour les services hospitaliers; il s'agissait là de pratiques qui, du point de vue fédéral, étaient contraires aux critères de base ouvrant droit à l'appui financier fédéral. Le gouvernement fédéral avait exposé sa position dans un livre blanc intitulé Pour une assurance-santé universelle, publié en 1983, dont les propositions avaient été chaudement et largement débattues par les gouvernements et les groupes visés. La Loi canadienne sur la santé a été proclamée le 17 avril 1984 et ses sanctions automatiques sont entrées en vigueur le 1er juillet de la même année. Ainsi, des sommes équivalant aux montants reçus par les provinces au titre de la surfacturation et de l'imposition de frais modérateurs étaient retenues sur les subventions fédérales au titre de la santé. Les provinces qui mettraient fin à ces pratiques dans les trois années suivantes se voyaient offrir la possibilité de recouvrer les subventions perdues, ce qu'elles ont fait en 1987. À l'échéance du 1er

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



avril 1987, après des conflits assez sérieux avec le gouvernement fédéral à ce sujet, toutes les provinces s'étaient pliées aux exigences de la Loi canadienne sur la santé.

En 1985, le coût global des services de santé au Canada, y compris les dépenses du secteur privé et de tous les paliers de l'administration publique, était de 18 fois supérieur à celui de 1960. Les services de santé requièrent aujourd'hui une portion importante des budgets des gouvernements provinciaux, qui atteint à peu près un quart au Nouveau-Brunswick et un tiers en Colombie-Britannique et en Ontario. Les médecins et les hôpitaux accaparent jusqu'à 85 p. 100 de ces crédits, et les gouvernements font instamment appel à leur aide en vue de limiter les coûts des soins de santé. **Parallèlement, les gouvernements cherchent à promouvoir les mesures de santé autres que les soins actifs et réorientent leurs efforts en consacrant des fonds aux services de soins à domicile, aux cliniques communautaires et aux programmes de lutte contre les causes de la maladie et de l'invalidité, notamment l'alcoolisme, le tabagisme et la pollution. Les organisations communautaires demandent avec instance aux gouvernements de prendre des mesures pour réduire la pauvreté, qu'elles qualifient de symptôme avant-coureur important de la mauvaise santé et de l'invalidité.**

C. Notre politique en matière de santé

Comme nous l'avons dit précédemment, nos politiques en matière de santé se divisent habituellement en deux catégories: d'une part, les soins actifs (axés sur la maladie) et la médecine préventive et, d'autre part, la promotion de la santé.

1. Les soins actifs et la médecine préventive

Les services de soins de santé ont toujours été la chasse gardée des médecins et des autres professionnels de la santé et ont toujours privilégié le traitement et la prévention des maladies et visé à éviter la mort prématurée. Depuis la Confédération, on a énormément réduit les ravages causés par la mauvaise santé. Les premiers progrès sont venus avec l'amélioration des conditions socio-économiques et les mesures de

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



santé publique liées à l'évolution de la médecine. Par exemple, l'adoption en 1920 de la Loi des aliments et drogues a assuré la bonne qualité des aliments et des médicaments. Six autres textes de loi, dont la Loi sur l'inspection des viandes, la Loi sur l'inspection du poisson et la Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation, ont également contribué dans une mesure importante à préserver et à améliorer la valeur nutritive des aliments. Ces lois montrent bien que notre politique en matière de santé exige très souvent la coopération de plusieurs autres ministères, notamment ceux de l'Agriculture, des Pêches et des Océans ainsi que de la Consommation et des Corporations. Elles ont entraîné une baisse des taux de morbidité et de mortalité et, après le milieu de notre siècle, un changement marqué dans l'incidence des maladies; par exemple, beaucoup de maladies infectieuses jusque-là répandues, comme la variole et la diphtérie, ont été pratiquement éliminées. Graduellement, on s'est mis à considérer que la meilleure politique en matière de santé consisterait à établir un régime national d'assurance-santé qui faciliterait à la population en général l'accès à de meilleurs services.

Les Propositions du Livre vert sur la reconstruction de l'après-guerre, publiées en 1945, suggéraient entre autres l'établissement d'un régime national d'assurance-santé qui engloberait les soins hospitaliers et les soins médicaux. Ces suggestions n'ont pas été retenues à l'époque, mais l'idée d'un régime national d'assurance-santé n'en est pas moins devenue un sujet d'intérêt et de débat publics. La Saskatchewan a créé son régime d'assurance-hospitalisation en 1947, bien avant d'avoir droit à l'aide financière du gouvernement fédéral à ce chapitre, et, en 1955, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques a entraîné la création d'un régime national d'assurance-hospitalisation. En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) écrivait dans son rapport que "les découvertes des sciences de la santé" n'étaient toujours pas à la portée de tous les Canadiens et que l'établissement du régime universel de services de santé qu'elle recommandait constituait "l'utilisation la plus efficace des ressources de santé de la nation pour atteindre les plus hauts niveaux de

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



bien-être physique et mental*". En 1966, la Loi sur les soins médicaux prévoyait la mise sur pied d'un régime public d'assurance-santé.

Le financement du régime d'assurance-santé, dont le coût ne cessait d'augmenter, a suscité entre les gouvernements fédéral et provinciaux un long conflit qui a débouché sur deux profondes modifications du programme initial. La Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, adoptée en 1977, a remplacé les accords de partage égal des coûts entre le fédéral et les provinces par une formule de financement global. Le gouvernement fédéral pouvait ainsi calculer ses paiements indépendamment des dépenses provinciales et les provinces étaient tenues de dépenser les contributions fédérales dans le domaine de la santé, mais non de contribuer des sommes équivalentes. La Loi canadienne sur la santé de 1984 a constitué le deuxième grand changement. Elle résultait de la refonte des deux lois précédentes et elle a rendu l'aide financière fédérale conditionnelle à l'abolition de la surfacturation et des frais modérateurs pour les services hospitaliers.

Depuis l'avènement de l'assurance-maladie, le paiement à l'acte et les pouvoirs décisionnels discrétionnaires des médecins sont de plus en plus incertains. Avec l'élimination de la surfacturation, les médecins ont cédé aux provinces le pouvoir de déterminer le prix de leurs services. Une certaine controverse continue d'entourer la question des frais administratifs, la définition des services assurés et les augmentations générales du barème des tarifs. Selon certaines recherches, les contraintes imposées aux médecins pour ce qui est de leurs honoraires pourraient les inciter à augmenter le nombre de leurs consultations et à offrir plus de services. Dans cette perspective, il faut exercer des contrôles sur l'utilisation des services. Une autre solution mise à l'essai par certains gouvernements provinciaux, particulièrement ceux du Québec et de l'Ontario, consiste à instaurer la médecine de groupe en établissant des cabinets et des cliniques recevant un budget proportionnel

---

* Commission royale d'enquête sur les services de santé, Rapport, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, p. 12.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



au nombre de patients ou un budget global (comme dans le cas des Health Maintenance Organizations aux États-Unis) en vertu de contrats avec le régime public d'assurance-maladie. De cette façon, on limiterait encore davantage la latitude des médecins dans la prestation des soins de santé. En Ontario, la Loi de 1988 sur les établissements de santé autonomes, destinée à agréer les établissements de ce type et à en contrôler les normes, autorise aussi les inspecteurs du gouvernement à saisir, sans mandat, tous les dossiers des bureaux des médecins. Ces derniers s'opposent à cette politique, prétendant qu'elle menace le caractère confidentiel des dossiers médicaux et qu'elle pourrait servir à vérifier les demandes de paiement que présentent les médecins en vertu du régime provincial d'assurance-maladie.

Certains spécialistes soutiennent toujours qu'il se pourrait qu'on doive modifier la Loi canadienne sur la santé pour faire payer les patients qui reçoivent des services médicaux et hospitaliers "non essentiels"; on pourrait alors limiter la demande de ces services qui, selon eux, contribuent à la hausse des coûts. D'autres rejettent cette solution, craignant que la définition de ce qui est "non essentiel" soit trop vague et arbitraire et permette de déroger au principe de l'universalité d'accès aux soins de santé. Récemment, le gouvernement de l'Alberta a cherché à soustraire la ligature des trompes et la vasectomie à l'assurance-maladie; celui de la Colombie-Britannique a voulu en faire autant pour l'avortement, et celui du Nouveau-Brunswick a proposé de faire payer les cancéreux qui prennent des lits de malades externes dans les hôpitaux. Toutes ces démarches ont cependant dû être abandonnées devant l'indignation du public ou, comme dans le cas de la Colombie-Britannique, ont été rejetées par les tribunaux. Dernièrement, le gouvernement de la Colombie-Britannique a restreint le financement destiné à la mammographie qui permet de déceler le cancer du sein à ses débuts.

Les infirmières et infirmiers et les autres travailleurs de la santé se sont aussi opposés à certaines mesures visant à réduire les coûts des soins de santé parce qu'ils les estiment contraires à leurs intérêts. Les Infirmières unies de l'Alberta, par exemple, ont récemment indiqué en termes clairs qu'elles ne sauraient accepter la proposition

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT



formulée par une commission provinciale de permettre à des entreprises privées de soins infirmiers de conclure des contrats de services à prix fixe avec les hôpitaux et les centres d'hébergement.

La controverse suscitée par le financement de l'appareil des soins de santé dure toujours. Dans l'intervalle, les gouvernements provinciaux doivent continuer d'assurer les soins actifs que le public en est venu à attendre d'eux et qui pourraient être de plus en plus en demande par suite de facteurs tels que le vieillissement de la population, l'épidémie de SIDA et le rejet par la Cour suprême du Canada de la loi contre l'avortement. La situation des provinces est d'autant plus difficile que les progrès de la technologie médicale, un excédent imminent de médecins, les barèmes d'honoraires, les négociations salariales avec les professionnels et les travailleurs de la santé et l'absence de mesures d'incitation au rendement dans les hôpitaux font grimper les coûts. De nombreuses provinces, dont le Québec, l'Ontario, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan, ont récemment entrepris des études exhaustives de leurs services de soins de santé, et les premiers ministres provinciaux ont annoncé en août 1988 qu'ils étudieront le financement futur des soins de santé au cours de trois symposiums nationaux qui seront organisés l'an prochain. En général, les gouvernements craignent que s'ils continuent d'assurer les services de santé selon le modèle traditionnel, la note à acquitter ne soit exorbitante.

Beaucoup de professionnels de la santé soutiennent que le sous-financement des services de soins actifs fait peser une menace grave sur la santé des Canadiens. Pour faire face aux restrictions budgétaires, un hôpital de l'Ontario, par exemple, a commencé à récupérer et à recycler les stimulateurs cardiaques de patients décédés, pratique que certains critiques considèrent dangereuse sur le plan médical. Par contre, d'autres spécialistes des soins de santé, ainsi que le gouvernement fédéral, font valoir que si l'on consacrait davantage de fonds au système existant, cela n'améliorerait pas nécessairement l'état de santé actuel de la population. Ils affirment que c'est en insistant sur la promotion de la santé que nous avons les meilleures chances d'améliorer la santé publique et de contrôler le coût des services. Le Dr Robin Walker, vice-président

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



du Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, a déclaré au Comité permanent de la santé et du bien-être social, le 2 mai 1988, qu'on pourrait épargner des milliards de dollars par année en réduisant d'aussi peu que de 1 p. 100 le taux des naissances prématurées. Celles-ci coûtent au Canada environ 100 000 $ par année chacune. Elles sont le plus fréquentes chez les jeunes mères qui ont de piètres conditions de santé et de vie; dans ce cas, les mesures de promotion de la santé et de prévention peuvent jouer un grand rôle. Cela vaut également pour les mauvaises habitudes qu'on associe aux maladies cardio-vasculaires, qui exercent elles aussi des ponctions très importantes sur les fonds affectés aux services de santé.

**Les effets éventuels de l'Accord de libre-échange Canada - États-Unis sur le régime canadien de soins de santé ont été l'objet de maintes conjectures et ont suscité beaucoup de controverse. Les experts en la matière s'entendent pour dire que le secteur privé jouera un plus grand rôle dans la gestion des établissements et des programmes de soins de santé par suite de l'Accord; toutefois, la question de savoir si cette tendance constitue une menace pour le régime d'assurance-maladie ne fait pas l'unanimité. Les partisans de la privatisation soutiennent que les gouvernements n'ont plus les moyens d'assumer les coûts de plus en plus élevés des soins de santé et que, par souci d'efficience et d'efficacité et pour répondre aux besoins de la population, ils doivent encourager une plus grande participation du secteur privé dans ce domaine. Les États-Unis, où l'on trouve les sociétés les plus en vue et les plus importantes dans ce domaine, sont intéressés depuis longtemps à pénétrer le marché canadien. Selon les adversaires de la privatisation, les entreprises spécialisées dans les soins de santé, animées par la recherche du profit, saperont le régime de santé du Canada en écrémant les secteurs rentables. On se retrouvera donc avec un système à deux paliers: d'un côté, les personnes qui peuvent se le permettre auront accès à des soins de santé de qualité dans des établissements privés, et de l'autre, les personnes qui n'en ont pas les moyens devront se contenter de services de qualité inférieure. À cet égard, les critiques citent en exemple les États-Unis, où les nantis ont accès à des soins de santé de très haute qualité alors que 35 millions de personnes environ ne bnéficient d'aucune assurance-santé. En outre, aux**

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



**États-Unis, les soins de santé comptent pour 10,6 p. 100 du PNB, comparativement à seulement 8,6 p. 100 au Canada.**

2. La promotion de la santé

Depuis le début des années 1970, les changements démographiques et les courbes d'incidence des maladies permettent d'espérer améliorer l'état de santé des Canadiens grâce la promotion de la santé. Des facteurs tels que le vieillissement de la population et l'incidence élevée de certains états et maladies invalidants liés au mode de vie, notamment les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les accidents et les maladies mentales, ont amené les gouvernements à attacher plus d'importance à la réduction des risques de maladie, au dépistage rapide des problèmes de santé et à l'amélioration des stratégies axées sur la réadaptation et l'autonomie. En 1974, dans un document intitulé Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail, M. Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, énonçait les grandes lignes d'une planification dans ce domaine.

Bien que semblable aux mesures préventives associées à la notion "classique" de la santé publique, la promotion de la santé est une approche "holistique" qui tient compte de la population globale dans son environnement physique et social. Elle touche des facteurs comme la pollution de l'environnement, la violence familiale, les accidents de la route, le stress et les risques courus en milieu de travail, qui débordent, à strictement parler, la portée de la politique en matière de santé. La promotion de la santé implique donc l'harmonisation de la politique en matière de santé avec d'autres politiques. Cette nouvelle approche de la santé publique est également holistique dans la mesure où elle s'applique à l'ensemble de la personne dans son environnement quotidien. Elle considère la santé comme un état que l'individu s'efforce de conserver et non seulement comme le résultat de la guérison, du traitement ou de la prévention de la maladie et des accidents. Dans le domaine de la santé proprement dit, la promotion de la santé suppose le partage des responsabilités et des ressources entre, d'une part, les gouvernements et les professionnels de la santé et, d'autre part, les individus qui prennent l'initiative de veiller eux-mêmes à leur santé, sans oublier les groupes

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



communautaires et d'autres groupes de soutien que l'on ne comptait pas jusqu'ici parmi les intervenants en matière de santé.

En 1977, le Canada a souscrit au programme de planification de la santé et à l'initiative politique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la "Santé pour tous d'ici l'an 2000". Dans la foulée du rapport Lalonde, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada ont effectué, en 1978-1979, une enquête sur la santé qui, contrairement aux précédentes, reposait sur l'approche de la promotion de la santé. Intitulée "Enquête Santé-Canada", elle a permis de recueillir des données non seulement sur la maladie et l'invalidité, mais aussi sur les facteurs démographiques connexes relatifs au mode de vie et aux usages en matière de médecine préventive. En 1985, l'Enquête nationale sur la promotion de la santé a mis à jour l'information recueillie au cours de l'enquête précédente et a fourni des renseignements complets permettant d'établir dans quelle mesure les individus sont conscients de leurs comportements et quelle est leur attitude à l'égard de ces comportements. Une des principales conclusions de cette deuxième enquête a été que le fait de bien connaître les questions relatives à la santé et de croire en leur importance n'entraîne pas nécessairement une amélioration de la santé ni un changement dans les comportements. En d'autres mots, la sensibilisation du public ne constitue pas, à elle seule, une stratégie préventive efficace. En novembre 1986, lors de la Conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Ottawa, M. Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a présenté un plan de promotion de la santé dans un document intitulé La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Le ministre y traitait des trois défis que l'appareil des soins de santé du Canada devait relever, selon les résultats de l'Enquête nationale sur la promotion de la santé, c'est-à-dire:

1) remédier au mauvais état de santé des groupes à faible revenu, des enfants, des femmes, des personnes âgées, des autochtones et des immigrants;

2) lutter contre les modes de vie néfastes et les comportements à risque, comme le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation d'aliments trop gras, qui contribuent au cancer du poumon, à la cirrhose du foie, aux maladies cardio-vasculaires et aux accidents de la route;

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



3) amener les particuliers, les familles et les communautés à imaginer des moyens de se tirer d'affaire pour résoudre les problèmes associés aux maladies chroniques qui accompagnent le vieillissement, la santé mentale et d'autres états qui interdisent une vie personnelle et sociale normale.

Selon le document, les meilleurs moyens de relever ces défis sont les initiatives personnelles, c'est-à-dire les décisions et les mesures que les individus prennent dans l'intérêt de leur propre santé, l'entraide, c'est-à-dire les actes que les gens posent pour s'entraider, et un environnement sain, c'est-à-dire la création de conditions et d'un entourage favorables à la santé. Le document propose trois stratégies pour créer ces mécanismes: stimuler la participation du public, améliorer les services de santé communautaire et coordonner les politiques publiques favorisant la santé.

Nous avons fait des progrès dans la promotion de la santé: le public est mieux sensibilisé aux bienfaits de l'exercice physique et d'une bonne alimentation, les gouvernements ont lancé des campagnes de lutte contre le tabagisme, la loi a rendu obligatoire l'utilisation des ceintures de sécurité dans les automobiles et le gouvernement fédéral s'est engagé à consacrer 30 millions de dollars par année à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées grâce à des programmes d'éducation et de développement de l'autonomie personnelle. La politique de promotion de la santé commence à peine à avoir des effets sur l'appareil des soins actifs axés sur la maladie. Les intervenants mettent au point des solutions de rechange à l'hospitalisation de longue durée des personnes âgées, des services de réadaptation après l'hospitalisation et des programmes peu coûteux de prévention et de développement de l'initiative personnelle afin d'utiliser de façon plus rationnelle le personnel et les ressources dans le domaine de la santé.

De plus en plus de professionnels et de spécialistes de la santé conviennent qu'il est beaucoup moins coûteux et plus avantageux à long terme d'insister sur la promotion de la santé et la prévention que de traiter la maladie lorsqu'elle s'est déclarée. Parmi les initiatives prises récemment en vue d'assurer la promotion de la santé, on note un programme fédéral visant à lutter contre l'abus de l'alcool et des drogues dans les écoles primaires et secondaires. Le gouvernement fédéral et celui

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



du Manitoba ont aussi annoncé l'établissement, à Winnipeg, d'un nouveau centre de recherches chargé d'élaborer et de commercialiser des produits et des services de santé spéciaux pour aider les personnes âgées et handicapées à vivre à domicile en toute sécurité. Certains observateurs laissent entendre qu'on ne procédera à une réorientation de l'appareil des soins de santé que lorsque le public l'exigera, après s'être rendu compte qu'elle est plus valable que l'approche scientifique et technologique qui caractérise le système actuel.

Certains experts croient que les tendances du marché du travail ont beaucoup à voir avec la santé publique. Par exemple, ils craignent que la multiplication des emplois à temps partiel rémunérés au taux minimum, au détriment des emplois assurés à plein temps, n'entraîne une hausse de la pauvreté au Canada. Or, les personnes qui vivent dans la pauvreté ont tendance à mal se nourrir et à éprouver un sentiment de désespoir qui peut les amener à prendre moins soin d'elles et à adopter un style de vie susceptible de nuire à leur santé. Les tendances observées en matière d'emploi pourraient donc annuler les progrès accomplis à ce jour quant à la promotion de saines habitudes de vie.

Par ailleurs, l'état de santé des autochtones ainsi que le niveau et l'utilité des services qui leur sont offerts exigent plus d'attention qu'on leur en accorde actuellement. Une enquête fédérale sur les services a été entreprise en septembre après que quatre Cris eurent fait une grève de la faim pour protester contre les services offerts à l'hôpital de zone de Sioux Lookout en Ontario.

## MESURES PARLEMENTAIRES

La Loi constitutionnelle de 1867 contient peu de mentions directes des responsabilités des gouvernements en matière de santé parce qu'à l'époque, les pouvoirs publics s'occupaient très peu de ce domaine.

En 1957, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques a établi un régime national d'assurance-hospitalisation.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



En 1966, la Loi sur les soins médicaux a établi un régime national d'assurance-santé.

En 1977, la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis a remplacé par un régime de financement global les accords de partage égal du coût de l'assurance-santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

En 1984, la Loi canadienne sur la santé (projet de loi C-3), refonte des dispositions des deux lois précédentes sur l'assurance-santé, a confirmé et accru la participation du gouvernement fédéral à un régime contributif national d'assurance-santé universelle.

CHRONOLOGIE

1867 - Les seules dispositions relatives à la santé que comporte la Loi constitutionnelle font relever les hôpitaux de marine et la quarantaine du gouvernement fédéral et les hôpitaux, asiles et institutions et hospices de charité, des provinces.

1957 - Les Propositions du Livre vert sur la reconstruction d'après-guerre comportent des recommandations relatives à un régime national d'assurance-santé.

1957 - La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques établit un régime national d'assurance-hospitalisation.

1964 - Dans son rapport, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) prône la création d'un régime national d'assurance-santé.

1966 - La Loi sur les soins médicaux crée un régime national d'assurance-santé.

1974 - M. Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, publie Nouvelle perspective de la santé des Canadiens - un document de travail, qui propose une nouvelle approche à la planification de la santé.

1977 - La Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



programmes établis prévoit que pour obtenir une aide financière du gouvernement fédéral, une province doit prouver que son régime satisfait aux critères fédéraux en matière d'assurance-santé.

1980 - D'après l'Examen des services de santé 1979, la surfacturation et les frais d'utilisation des services hospitaliers mettent en péril le principe de l'accès raisonnable aux soins de santé.

1980 - Le groupe de travail de la Chambre des communes, tout en reprenant les recommandations de l'Examen des services de santé concernant l'imposition de pénalités financières aux provinces qui continuent à permettre la surfacturation et les frais modérateurs, conclut que les crédits fédéraux consacrés au système de soins de santé sont suffisants.

1981 - Publication de La santé des Canadiens: rapport de l'Enquête Santé Canada, qui contient de l'information non seulement sur la maladie et l'invalidité, mais aussi sur les modes de vie, l'environnement et les facteurs socio-économiques qui ont une influence sur la santé.

1984 - La Loi canadienne sur la santé, refonte des deux lois précédentes, confirme et accroît la participation fédérale à un régime contributif national d'assurance-santé universelle.

novembre 1986 - Le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, M. Jake Epp, publie un document de travail intitulé La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Le document, présenté lors de la Conférence internationale sur la promotion de la santé, énonce une politique de promotion de la santé pour le Canada.

avril 1987 - Les principales conclusions de l'Enquête nationale sur la promotion de la santé de 1985 sont publiées dans le Rapport Action Santé. C'est la première fois que l'on recueille des données sur les connaissances et les attitudes du public à l'égard de certains modes de vie, comportements et habitudes préventives en vue de concevoir une stratégie éclairée de promotion de la santé.

**septembre 1988 - Dans son Rapport intérimaire sur le réseau de soins de santé au Canada: faits et questions à l'étude, le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes fait valoir qu'il faudra s'attaquer aux questions des soins en établissement, des professionnels de la santé, de la haute technologie**

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



médicale, de la promotion de la santé, de l'accessibilité et du financement du système si l'on veut que le réseau puisse continuer d'offrir à la société canadienne des services de très haute qualité à un coût abordable.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Bégin, Monique. L'assurance-santé: plaidoyer pour le modèle canadien. Montréal, Boréal, 1987.

Bird, Richard M. et Roderick D. Fraser. Commentaries on the Hall Report. Toronto, Conseil économique de l'Ontario, 1981.

Conférence internationale sur la promotion de la santé. Documentation. Ottawa, Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne d'hygiène publique, 1986.

Epp, Jake, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa, 1986.

Evans, Robert G. et Greg L. Stoddard (éd.). Medicare At Maturity. Calgary, University of Calgary Press, 1986.

Hall, Emmett M., Commissaire spécial, Examen des services de santé '79. Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980: engagement au renouveau. Ottawa, 1980.

Johnson, A.W. Social Policy In Canada: The Past As It Conditions The Present. Ottawa, Institut de recherches politiques, 1987.

Lalonde, Marc, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail. Ottawa, 1974.

Manga, Pran. The Canada-U.S. Free Trade Agreement: Possible Implications on Canada's Health Care System. Document n° 348. Ottawa, Conseil économique du Canada, mai 1988.

Rachlis, Michael et Carol Kushner. Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix it. Toronto, Collins Publishers, 1989.

Regush, Nicholas. Condition Critical: Canada's Health Care System. Toronto, Macmillan, 1987.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



Santé et Bien-être social Canada. Le rapport action-santé: perspectives à partir de l'Enquête sur la promotion de la santé au Canada. Ottawa, 1987.

Santé et Bien-être social Canada. Rapport annuel 1986-1987. Ottawa, 1987.

Sutherland, Ralph W. et M. Jane Fulton. Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services. Ottawa, The Health Group, 1988.

Taylor, Malcolm G. Health Insurance and Canadian Public Policy. 2e édition. Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1987.

Tuohy, Carolyn J. "Medicare and the State in Canada: The Extra-Billing Issue in Perspective". Revue canadienne de science politique, vol. XXI, n° 2, juin 1988.

White, Franklin, M.D. "The Environment of Medicine in the 21st Century: Implications for Preventive and Community Approaches". Canadian Medical Association Journal, vol. 136, mars 1987.